



Clínica cotidiana

Aproximación al tratamiento conservador de la apendicitis aguda complicada

Víctor Jacinto Ovejero Gómez^a, María Victoria Bermúdez García^a, José Ramón Solana Sisniega^b, Jesús Bueno López^b, Álvaro Pérez Martín^c, Amado Gutiérrez Ruiz^a

^aServicio de Cirugía. Hospital Sierrallana. Cantabria. ^bServicio de Radiología. Hospital Sierrallana. Cantabria.

^cCentro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de abril de 2018

Aceptado el 2 de julio de 2018

On-line el 21 de diciembre de 2018

Palabras clave:

Tumor inflamatorio apendicular

Antibiótico

Apendicectomía

Tratamiento conservador

R E S U M E N

El tratamiento tradicional de la apendicitis aguda es la apendicectomía urgente para evitar complicaciones mayores. Una evolución clínica favorable al tratamiento conservador en algunas formas evolucionadas ha generado un interés potencial por el uso de antibióticos como única forma de tratamiento en determinados casos.

La buena respuesta a la antibioterapia en pacientes con diagnóstico de tumoración inflamatoria apendicular debería hacernos considerar este enfoque terapéutico en el momento del diagnóstico y al concluir la fase aguda de la enfermedad, en contra de una intervención quirúrgica innecesaria.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Approach to conservative treatment of complicated acute appendicitis

A B S T R A C T

Acute appendicitis has been managed traditionally by early appendicectomy in order to avoid major complications. A clinical favourable result to conservative treatment in some evolved features has generated an increasing interest in the use of antibiotic therapy as the only form of treatment in some cases.

A good response to antibiotherapy in patients diagnosed with appendiceal inflammatory mass should make us consider this therapeutic approach at the time of diagnosis and at the end of the acute period of the illness against unnecessary surgical procedure.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Keywords

Appendiceal inflammatory mass

Antibiotic

Appendicectomy

Conservative treatment

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vovejerohcas@msn.com (V.J. Ovejero Gómez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.053>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Una mujer de 54 años de edad, fumadora de 15 cigarrillos al día desde hace 40 años y con antecedentes de síndrome de Klippe-ll-Trénaunay-Weber, esófago de Barret sobre hernia de hiato en tratamiento con omeprazol de 20 mg, hernia discal cervical en C4-C6 y apendicectomía a los 12 años; precisó atención urgente por epigastralgia en las 24 horas previas a la consulta e irradiación posterior del dolor a la fosa ilíaca derecha. Dicho dolor había presentado intensificación álgica progresiva con el paso del tiempo sin otra sintomatología acompañante.

La paciente refiere varios episodios de similares características en el último año, pero de menor intensidad, que se trataron ambulatoriamente con antiinflamatorios. En la última consulta se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominal, que fue informada como dentro de la normalidad, aunque se visualizaba una estructura de alta densidad en el ciego (Fig. 1).

El examen físico constata el dolor en la fosa iliaca referida con sensación de ocupación local sin otros signos patológicos.

La analítica muestra ligera leucocitosis con desviación izquierda y una proteína C reactiva elevada.

Se realiza una nueva TC abdominal (Fig. 2), que objetiva un engrosamiento de las paredes del ciego con una pseudocalcificación en la hipotética localización de la base apendicular, borramiento de la grasa adyacente, adenopatías inflamatorias en el íleon terminal y una pequeña cantidad de líquido libre en la gotiera derecha. Estos hallazgos se interpretan como inflamación cecal secundaria a apendicitis del muñón apendicular.

Ingresa en el hospital para tratamiento médico. Se pauta meropenem (1 g intravenoso cada ocho horas durante 9 días).

La evolución clínica resulta favorable. El control tomográfico evidencia ausencia de inflamación cecal y desaparición del apendicolito (Fig. 3).

A los dos meses es sometida a una anexectomía derecha por un quiste ovárico. La pared cecal no tiene alteraciones inflamatorias ni restos apendiculares.

En el seguimiento posterior no se ha observado recurrencia clínica.

Comentario

La apendicitis aguda representa la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Las principales sociedades internacionales recomiendan la práctica de la apendicectomía como tratamiento de elección¹ para prevenir las complicaciones asociadas a su perforación. Sin embargo, diferentes estudios^{2,3} parecen apuntar ciertos beneficios de un tratamiento médico conservador en pacientes seleccionados.

La presentación de una masa inflamatoria pericecal de etiología infecciosa alcanza una frecuencia variable de 2-10 % de los procesos apendiculares⁴.

En los últimos años se está extendiendo una actitud conservadora en las formas no complicadas mediante hidratación, antibioterapia de amplio espectro y observación clínica, basada en el desarrollo de técnicas de imagen con mayor precisión diagnóstica, el concepto de que una apendicitis no complicada no siempre evoluciona hacia la perforación y la eficacia terapéutica creciente de los antibióticos^{2,5}. Recientemente, este enfoque se está proyectando con esperanza a ciertas formas complicadas, al asociarse la cirugía de urgencia a una mayor morbilidad postoperatoria.

Diversos estudios^{6,7}, que comparan el efecto del tratamiento médico con el quirúrgico, han observado una reducción de las complicaciones, de la estancia media hospitalaria y del número de días de trabajo perdido a favor de la primera opción, a pesar de mostrar una recurrencia global del cuadro apendicular cercano a 20 % y un cierto impacto en la necesidad de una apendicectomía posterior por fracaso

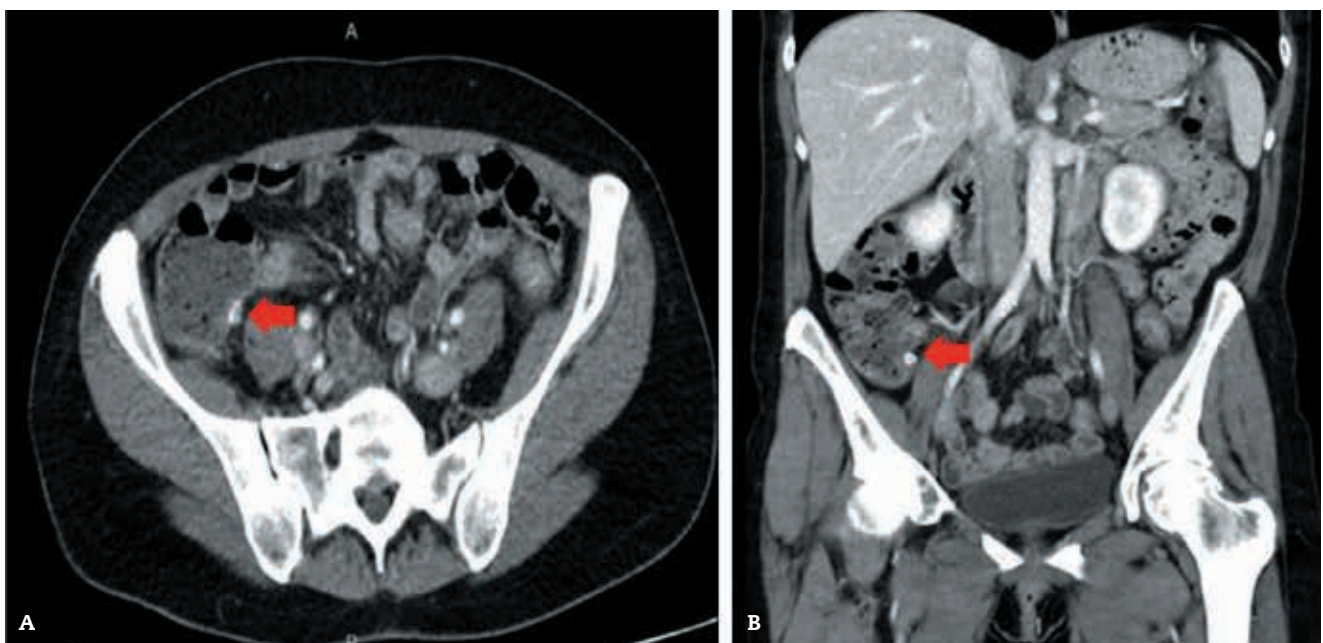


Figura 1 – Imagen axial (A) y coronal (B) de la TC abdominal antes del proceso agudo: se evidencia una estructura de alta densidad en la pared cecal correspondiente a un apendicolito (flechas) a la altura de la hipotética base apendicular, sin signos inflamatorios locales.

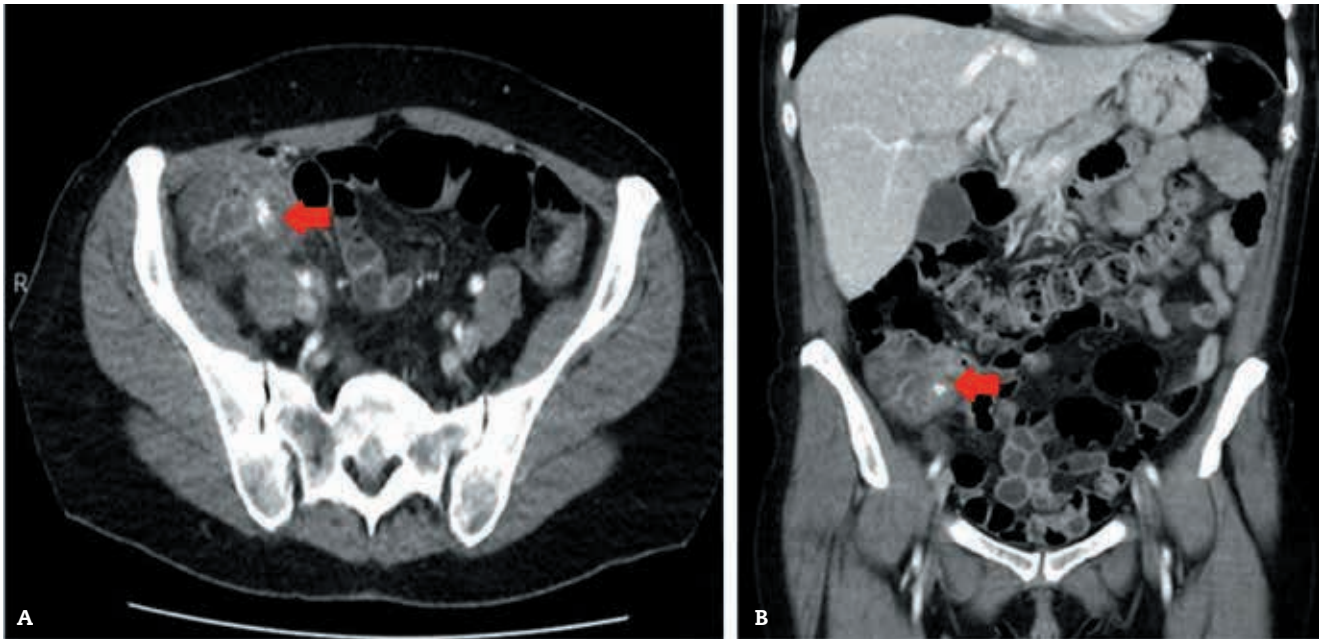


Figura 2 – Presencia del plastrón inflamatorio en el ciego, con borramiento de la grasa adyacente e implicación del apendicolito (flechas). Se muestra la correspondencia del corte axial (A) y coronal (B).

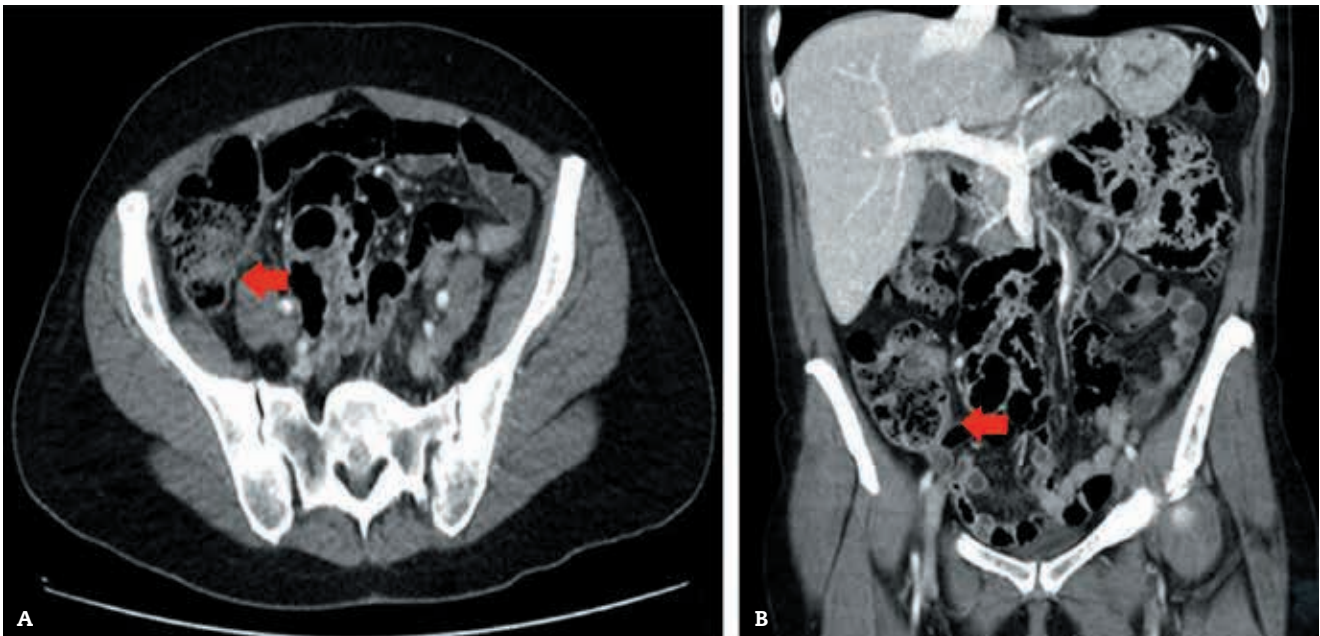


Figura 3 – Resolución del proceso inflamatorio agudo pericecal y ausencia del apendicolito en la TC abdominal de control (flechas), en referencia al mismo corte axial (A) y coronal (B) de los estudios tomográficos previos.

terapéutico. En cambio, un abordaje quirúrgico inicial parece asociarse a un mayor número de reingresos relacionados con complicaciones.

A la vista de los resultados emitidos por otros autores⁸ en estudios prospectivos, se puede decir de forma general que la tasa de fracaso a los siete días de finalizar una antibioterapia

de amplio espectro se sitúa en el 11,9 % y la recidiva apendicular es del 13,8 % en los dos años siguientes a la conclusión de dicho tratamiento; con un éxito del 64% de los casos tratados nuevamente con un segundo ciclo de antibióticos.

Una consecuencia del uso indiscriminado de antibióticos es la aparición de multiresistencias, sobre todo en el contexto

de infecciones intrabdominales con implicación de enterobacterias. Esta familia de bacterias y otras de carácter anaeróbico son las más frecuentemente asociadas a patología apendicular. No obstante, la antibioterapia empírica habitual no sólo resulta efectiva, sino que tampoco parece generar un incremento en las tasas de resistencia bacteriana actual en las formas complicadas⁹. Pensamos que su utilización responsable en estos procesos aliviará esta preocupación, que limita la elección del tratamiento en ciertos casos.

La presencia de apendicolitos ha sido asociada con un curso clínico complicado y, en consecuencia, con un fracaso del tratamiento médico. No obstante, parece que sólo el 10 % de los casos evoluciona de forma desfavorable tras esta línea terapéutica, al tiempo que presentan una reducción significativa de complicaciones postoperatorias con respecto a los casos que se trataron inicialmente mediante apendicectomía^{2,8}. Con independencia de esta valoración, el tratamiento conservador parece aportar mejores resultados en comparación con la cirugía para cualquier forma complicada, aunque determinados pacientes precisen una apendicectomía posterior ante el riesgo de recaída^{10,11}.

La extirpación apendicular en un segundo tiempo puede omitirse en ausencia de sintomatología, una vez descartados otros procesos patológicos causantes de efecto masa en la fosa iliaca derecha, especialmente en pacientes con edad superior a los 40 años¹². Resulta recomendable la realización de un control tomográfico del abdomen y una colonoscopia en estos supuestos.

En nuestro caso, pensamos que la presencia del apendicolito en la TC abdominal previa al episodio agudo puede explicar el dolor cólico presentado en los meses precedentes. Su desaparición en el control radiológico posterior al tratamiento médico pudo deberse a su liberación a la luz intestinal una vez digerido el resto visceral durante el proceso inflamatorio agudo. La estrategia utilizada evitó una intervención quirúrgica urgente que podría haber supuesto una resección del ciego y un mayor riesgo de complicaciones asociadas.

El advenimiento del abordaje laparoscópico ha propiciado una reducción significativa de infecciones de la herida quirúrgica a costa de un incremento de abscesos intrabdominales¹³ cuando la cirugía se realiza como primera opción de tratamiento, lo cual aporta pocas ventajas a esta técnica quirúrgica si no existe una buena selección de pacientes.

En conclusión, el tratamiento conservador con antibioterapia puede ser efectivo en ciertos casos de apendicitis aguda complicada, resultando innecesaria una intervención quirúrgica ulterior o contribuyendo a una menor tasa de complicaciones postquirúrgicas en pacientes con mala respuesta que finalmente requieran una apendicectomía. Sin embargo, no existe una experiencia clínica suficiente para generalizar su práctica. Se precisan estudios controlados que dictaminen su verdadero potencial terapéutico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Sartelli M, Viale P, Cantena F, Ansaloni L, Moore E, Malangoni M, et al. 2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg.* 2013; 8: 3.
- Rollins KE, Varadhan KK, Neal KR, Lobo DN. Antibiotics versus appendectomy for the treatment of uncomplicated acute appendicitis: An updated meta-analysis of randomised controlled trials. *World J Surg.* 2016; 40: 2305-18.
- Rentea RM, St Peter SD. Pediatric appendicitis. *Surg Clin North Am.* 2017; 97: 93-112.
- Meshikhes AW. Management of appendiceal mass: controversial issues revisited. *J Gastrointest Surg.* 2008; 12: 767-75.
- Varadhan KK, Neal KR, Lobo DN. Safety and efficacy of antibiotics compared with appendectomy for treatment of uncomplicated acute appendicitis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2012; 344: e2156.
- Allievi N, Harbi A, Ceresoli M, Montori G, Poiasia E, Coccolini F, et al. Acute appendicitis: Still a surgical disease? Results from a propensity score-based outcome analysis of conservative versus surgical management from a prospective database. *World J Surg.* 2017; 41: 2697-705.
- Helling TS, Soltys DF, Seals S. Operative versus non-operative management in the care of patients with complicated appendicitis. *Am J Surg.* 2017; 214: 1195-200.
- Di Saverio S, Sibilio A, Giorgini E, Biscardi A, Villani S, Coccolini F, et al. The NOTA Study (Non Operative Treatment for Acute Appendicitis): prospective study on the efficacy and safety of antibiotics (amoxicillin and clavulanic acid) for treating patients with right lower quadrant abdominal pain and long-term follow-up of conservatively treated suspected appendicitis. *Ann Surg.* 2014; 260: 109-17.
- Schmitt F, Clermidi P, Dorsi M, Cocquerelle V, Gomes CF, Becmeur F. Bacterial studies of complicated appendicitis over a 20-year period and their impact on empirical antibiotic treatment. *J Pediatr Surg.* 2012; 47: 2055-62.
- Simillis C, Symeonides P, Shorthouse A, Tekkis P. A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendectomy for complicated appendicitis (abscess or phlegmon). *Surgery.* 2010; 147: 818-29.
- Andersson R, Petzold M. Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon. *Ann Surg.* 2007; 246: 741-8.
- Lugo JZ, Avgerinos DV, Lefkowitz AJ, Seigerman ME, Zahir IS, Lo AY, et al. Can interval appendectomy be justified following conservative treatment of perforated acute appendicitis? *J Surg Res.* 2010; 164: 91-4.
- Sauerland S, Jaschinski T, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (6): CD001546.